

## Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia

C.H. Durão <sup>a,b,\*</sup>, F. Lucas <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal,

<sup>b</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal, Gabinete Médico Legal de Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

<sup>c</sup> Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

\*Endereço de e-mail para correspondência: [drcarlosdurao@hotmail.com](mailto:drcarlosdurao@hotmail.com).

Recebido em 22/02/2015; Revisado em 14/03/2015; Aceito em 16/03/2015

### Resumo

A relação médico doente é uma interação que envolve confiança e responsabilidade. É caracterizada por compromissos e deveres dos intervenientes, ambos motivados na sincera busca terapêutica. O médico, enquanto assistencialista, norteia-se nos sinais e sintomas descritos pelo doente no estabelecimento de um diagnóstico para a melhor terapêutica, onde os conflitos de interesse, são a exceção. Já o médico enquanto perito, pauta o seu trabalho na perícia médica, na busca do diagnóstico preciso, na valoração das lesões e sequelas, tendo como norma o conflito de interesse, onde o litígio é a regra. É no exercício médico-legal de qualquer especialidade, que o médico se confronta com a simulação, a dissimulação ou tão simplesmente o exagero. É necessário conhecer muito bem o estado da arte da simulação, para que o médico enquanto perito, a possa reconhecer, não se permitindo influenciar no exercício da sua prática pericial.

*Palavras-Chave: Simulação; Sinistros; Acidentes de Trabalho; Perícia Médica.*

### Abstract

The relationship between patient and doctor is an interaction that involves trust and responsibility. It is characterized by commitments and obligations of stakeholders, both motivated in therapy sincere search. The doctor, as welfare, is guided in the signs and symptoms described by the patient in establishing a diagnosis for the best treatment, where conflicts of interest, are the exception. As expert, the doctor guides his work in medical expertise, in search of the right diagnosis, in the valuation of injuries and sequels, with the standard conflict of interest where the dispute is the rule. It is in the forensic exercise of any specialty, the doctor confronts the simulation, concealment or simply the exaggeration. We must know very well the state of the art of the malingering, to the doctor, as expert, could recognize it and do not be influenced on the exercise of their expert practice.

*Keywords: Simulation; Sinister; Workplace Accident; Legal Medicine.*

## 1. INTRODUÇÃO

A simulação é uma reação instintiva frente às agressões do meio. O animal vulnerável diante o seu predador, defende-se fingindo-se de morto. A imobilidade é um eficaz modo de defesa, já que a visão de muitos predadores não é tão desenvolvida. O homem também recorre a semelhante atitude. Um toureiro, por exemplo, quando ferido, atira-se ao chão, suspende a respiração e finge-se de morto para escapar as investidas do touro.

Uma singela mosca, quando refém, ao se por em fuga, não voa diretamente para sua liberdade, antes despista o seu caçador, até que repentinamente desaparece. Qual a reação de uma criança quando contrariada? Chora, grita,

faz birra, finge-se de surda e muda, ou tão simplesmente sorri, derretendo o mais rígido coração de um pai. Estes são apenas alguns exemplos em que a simulação deriva do mais primitivo instinto de conservação. Na simulação humana contamos com o fator volitivo.

Da mesma forma que determinados animais mudam de cor quando perseguidos (mimetismo) ou se fingem de mortos, os homens também se fingem de loucos quando se julgam perseguidos ou motivados pelo espírito de conservação, na defesa de sua liberdade ou de seus interesses. Não só a loucura se simula, mas as mais diversas entidades. O homem finge-se cego, surdo, paralisado, coxo, embriagado, cardíaco ou com qualquer outra fragilidade, da mesma forma que também as tenta

dissimular.

Não é um problema recente, mas ainda é muito atual e transversal a História da Humanidade, as diversas camadas sociais, ricos ou pobres, civis ou militares, religiosos ou ateus, homens ou mulheres, adultos ou crianças.

Na mitologia grega, Ulisses foi convocado para lutar na guerra de Troia. Para tentar escapar da convocação, Ulisses fez-se passar de louco arremessando sal em suas terras e puxando o arado como se fosse um boi. O emissário Palamedes não ficou convencido e decidiu então colocar o filho de Ulisses, Telémaco, na frente do arado, esperando pela sua reação. Ulisses então para de arrastar o arado, na iminência de assassinar o próprio filho, provando a sua sanidade e sendo enviado à guerra [1].

Quanto mais alto os interesses, mentem o rei e o mendigo, o sacerdote e o guerreiro, o mestre e o discípulo, o criminoso e a vítima, as rainhas e os lacaios. Não é por acaso que encontramos numerosos sinónimos do verbo simular: fingir, enganar, ludibriar, imitar, aparentar, insinuar, fazer crer, mentir, arremedar ou representar com semelhança. Também não se pode ignorar a personalidade do simulador, recordando que a própria palavra personalidade deriva do grego *persona*, que significa “máscara de teatro”, surgindo, assim, etimologicamente associada a condição de papel desempenhado pelo indivíduo num determinado contexto e face a um público, tal como um simulador que representa com semelhança a doença que finge [2].

A simulação não é fácil. O simulador é, ao mesmo tempo, um ator e um autor. Cria a personagem ao tempo que a interpreta, tal como num teatro. Mas ao contrário deste, nunca sai de cena, está sempre em ação. Atuando para um público diverso, observado por técnicos, especialistas e confrontado com manobras e exames, está sempre atento para que nenhum deslize aconteça e nenhuma imprudência se revele.

Tardieu, consagrado nome da medicina legal, afirmava que a simulação, prolongando-se, acabava por exercer sobre o estado moral e físico do simulador influência incontestável. Lasègue, por seu lado, afirmou: “não se simula bem senão o que se tem”, introduzindo também a ideia do exagero em simulação [3].

## 2. CONCEITOS DE SIMULAÇÃO

A simulação é uma forma de enganar, de mentir, embora existam diferenças entre estes termos. Segundo Veiga de Carvalho, “simulação é o ato ou atitude pelo qual se busca disfarçar o intento de induzir os outros em erro” [4].

Vallejo Najera salienta a diferença entre a mentira e a simulação com o seguinte exemplo: “se alguém disser: dói-me a cabeça” sem que isso realmente aconteça, este

indivíduo mente, mas não simula. A simulação acontece no momento em que a mentira se faz acompanhar do fingimento, como se este mesmo indivíduo ao dizer isto, levasse a mão à cabeça e expressando uma fisionomia de sofrimento [5].

Segundo o DSM-IV (*International Classification of Mental Disorders*), o aspecto essencial da simulação reside na produção intencional de sintomas falsos ou exagerados, de ordem física ou psicológica, motivados por incentivos externos, tais como eximir-se ao cumprimento do serviço militar, obter compensações económicas, ou evitar sanções penais. Portanto, os pontos que definem a simulação são a voluntariedade consciente da fraude, a imitação de transtornos patológicos e seus sintomas, cuja a finalidade utilitária, benefício ou proveito imediato para o simulador [6, 7].

Também o ICD-10 (*International Classification of Diseases*) reforça que para o diagnóstico de simulação seja demonstrada deve existir uma expectativa direta de ganho económico, o que nem sempre é fácil afirmar [6, 8].

### 2.1. Variedades e tipos de simulação Médico Legal

Calabuig propõe uma classificação que contempla as principais modalidades quanto aos fins idealizados pelo simulador [5]:

- Simulação defensiva: quando se pretende evitar uma sanção penal ou condenação.
- Simulação ofensiva: quando se pretende atribuir uma lesão a terceiros, como vingança.
- Simulação lucrativa: é o exemplo dos mendigos que exploram a piedade alheia como forma de ganho pessoal (Figura 1).
- Simulação adulatora: praticada por discípulos e cortesãos, que imitam os comportamentos ou padecimentos dos mestres e poderosos em busca de reconhecimento pessoal.
- Simulação ambiciosa: semelhante à anterior, mas com o objetivo de obter honrarias e outras sinecuras.
- Simulação afetiva: motivada por razões sentimentais, amorosas ou rancorosas.

Outra classificação também é proposta por Calabuig, tendo em conta a natureza da fraude clínica [5]

- Doença provocada: são induzidas pelo próprio, como resultado de lesões autoinfligidas. Neste caso, tratam-se de lesões reais, porém são simuladas na sua intenção fraudulenta pela finalidade utilitária de sua origem (Figuras 2 e 3).
- Doença alegada: É a mais elementar de todas, limitando-se ao simples fingimento de sinais e sintomas.

- Doença imitada: É a mais frequente de todas, tal como um ator, o simulador interpreta todo o quadro sintomatológico da doença alegada.
- Doença exagerada (metasimulação): É sem dúvida difícil saber até onde termina a verdade e começa a mentira, já que aqui existem sinais e sintomas verdadeiros, mas o simulador apenas os exagera.
- Doença imputada: Existe uma doença pré-existente, que não é exagerada, ou simulada, mas o simulador apenas tenta falsear a sua origem, atribuindo a outra causa.
- Doença dissimulada: Ao contrário de tudo que já foi exposto, o objetivo é ocultar o verdadeiro estado mórbido, ou minimizar os seus efeitos, como forma de ingresso nas Forças Armadas ou obtenção de seguros.

Já Almeida Júnior, conceituado autor médico legal brasileiro, classifica os casos de simulação em: lesões inexistentes, lesões existentes mas independentes do trabalho e lesões parcialmente dependentes do trabalho. As lesões independentes do trabalho são, por sua vez, divididas em pretextadas e provocadas. No primeiro caso, estão lesões de outra natureza atribuídas ao trabalho, e no último, lesões causadas intencionalmente pelo segurado. As lesões parcialmente dependentes do trabalho são classificadas por este autor em agravadas e prolongadas. Tema este exaustivamente discutido em infortunística médico-legal [9,10].



**Figura 1.** Exemplo de simulação lucrativa, onde um indivíduo utiliza-se de sua patologia como forma de mendicância. Neste caso, a exposição de uma placa de material de osteossíntese, como forma de impressionar e motivar a piedade alheia.

## 2.2. Motivações no contexto da simulação

As razões são tantas que seria impossível enumerá-las. Desde o aluno que refere uma cervicalgia, para não ir à escola, ao trabalhador que refere uma lombalgia para justificar a sua ausência no trabalho. Mas observamos a prática da simulação em diversos contextos médico legais em que o médico atua como perito na Avaliação do Dano Corporal.

Em sede do Direito Penal: quando o sujeito, ao tentar escapar de uma sanção penal, do cumprimento de prisão, alega possuir uma doença ou ter agido sobre o feito dela.

Por mero sentimento de vingança, ao tentar imputar lesões autoinfligidas a terceiros, ao alegar uma falsa agressão, violação, ou uma tentativa de assalto, quando desonestamente furta um valor alheio, entre outras razões.

Em Sede do Direito Civil: em nosso meio os acidentes de viação são os mais frequentes, quando motivados por ações indenizatórias, o simulador tenta obter algum ganho pecuniário.

Em sede do Direito do Trabalho: são os exemplos típicos, os acidentes de trabalho, em que a recuperação esperada do sinistrado nunca acontece, motivada por litígios e ações indenizatórias.



**Figura 2.** Exemplo de lesões autoinfligidas observadas na Ortopedia. Doente com distúrbio psiquiátrico provocou múltiplos ferimentos nos punhos e antebraços com lesão tendinosa associada. O padrão é típico das lesões autoinfligidas e também é observado nas tentativas de suicídio. Deve ser diferenciado das lesões típicas de defesa que também são observadas nos antebraços e mãos.



**Figura 3.** Exemplo de lesões autoinfligidas. Escoriações paralelas, de início e término bem marcados, com o cuidado para não provocar lesões mais dolorosas ou graves, localizadas em regiões de fácil acesso com as mãos. Lesões desta natureza são comuns em simulações em sede de Direito Penal (agressões).

### 2.3. Diagnóstico da simulação

É preciso deixar claro que nem todo o simulador age de má-fé, ou mesmo que nem toda simulação é verdadeiramente uma simulação, ou seja, a própria simulação, pode ser a manifestação de um transtorno psiquiátrico real e verdadeiro. Não existem sinais patognomônicos e o diagnóstico nem sempre é possível. É um mito acreditar que um perito jamais poderá ser enganado por um verdadeiro simulador.

A simulação pode ser tentada de algumas formas. Ora existe uma lesão que é falsamente atribuída ao trabalho, ora houve um acidente que não causou lesão, mas é usado como justificativa para o absentismo laboral. No primeiro caso, pode o examinando ter sofrido a lesão em um acidente pessoal em nada relacionado ao trabalho, como por exemplo, uma entorse do joelho numa partida de futebol com os amigos. No segundo caso, houve de

fato o acidente, mas não existe a lesão alegada. Não pode ser comprovada de forma objetiva. É alegada principalmente por meio das queixas álgicas. Em outros casos, sequer existiu qualquer acidente [9].

A dor é um fenômeno subjetivo, de difícil comprovação. As reações de defesa antálgicas a mobilização e ao toque são importantes sinais, que com a experiência se consegue ficar mais sensível aos seus detalhes. Reações muito exageradas costumam denunciar o simulador, que em determinados casos é orientado por terceiros a reconhecer as manobras e testes que a ele serão aplicados.

Não existe nenhuma manobra conclusiva na pesquisa da dor. Alguns sinais clínicos foram consagrados na literatura médico pericial e podem ser observados. O sinal de Müller preconiza que se faça um círculo ao redor da região onde é alegada a dor, passando-se a pressionar os pontos desta área sem que o doente observe, pela combinação e alternância dos pontos pressionados, pode se detectar a simulação do doente frente a sua reação. O sinal de Levi baseia-se nas alterações pupilares despertadas pela manipulação da área com dor e o Sinal de Mankof no aumento da frequência cardíaca após a manipulação do local doloroso [9,10].

### 3. O EXAME PERICIAL

O perito deve ser imparcial, ético e atento as boas normas da *legis artis* e ao estado da arte de cada especialidade ou segmento a ser periciado. Não cabem aqui especulações ou juízo de valores. Deve ser crítico e dominar a semiologia médica, agindo com total isenção e responsabilidade.

A perícia começa pelo exame indireto, com a análise das peças processuais, as circunstâncias que estiveram na origem da doença, o tipo de lesões alegadas, a duração e a evolução do tratamento.

O exame direto: a observação começa mesmo antes da abordagem do doente, a forma como este se desloca, a força com que abre a porta, a posição com que se senta na cadeira, as órteses ou próteses que usa; muitos simuladores adquirem diversas imobilizações, muitas das vezes colocadas de forma equivocada, como forma de impressionar a entidade patronal e sensibilizar o perito. Um simulador pouco experiente pode expressar o seu nervosismo de forma agressiva, não colaborando com o exame físico.

Os motivos do exame, os antecedentes pessoais e a personalidade do doente podem revelar um histórico de lesões anteriores. Lesões fictícias, que muitas vezes acabam por serem operadas, gerando sequelas reais e valoradas. A chamada Sinistrose, definida por Afrânio Peixoto como uma “indenisofilia”, a busca a qualquer preço por alguma indenização [11]. A IPP (incapacidade parcial permanente) foi introduzida em 1908 por Édouard



Brissaud, observada nos acidentes de viação, onde o doente com lesões reais, exagerava seus sinais e sintomas de forma inconsciente, assunto amplamente discutido pela psiquiatria [6].

As queixas devem ser conduzidas como uma anamnese atenta e bem dirigida, de forma a detectar discrepâncias e contradições. O exame clínico é crucial, não raro se observam sinistrados que durante o exame esquecem-se do membro com que claudicavam ao se levantarem ou se vestirem.

Os exames complementares são de inquestionável valor na documentação e comprovação clínica. As lombalgias e suas raquialgias, por exemplo, carecem de estudos imagiológicos e neurofisiológicos, como TAC ou IRM e eletroneuromiografia, respectivamente. Porém, algumas tendinites, e até mesmo lombalgias e cervicálgias, podem ocorrer sem nenhuma comprovação de exames complementares, são nestes casos que a termografia para a confirmação do diagnóstico tem se mostrado promissora [12]. A fibromialgia, por exemplo, ainda é um grande desafio. Não se pode negar as queixas incapacitantes que esta pode gerar em seus doentes, mas também é importante reconhecer os vários simuladores que dela se aproveitam. É preciso experiência clínica e multidisciplinar para a melhor apreciação pericial destes doentes e o seu diagnóstico preciso.

#### 4. DISCUSSÃO

A interpretação depreciativa que o termo simulador ou dissimulador exerce sobre os doentes, soando como mentirosos, ou impostores, impede e desmotiva grandes estudos nesta matéria, falseando resultados e dificultando um levantamento estatístico fidedigno.

A lombalgia, por exemplo, é sem dúvida uma das entidades ortopédicas mais simuladas em perícia médica.

É necessário, como forma de se uniformizar os conceitos, que sejam adotados termos comuns nos estudos periciais que se dediquem a identificação de simulações. Talvez um dos estudos mais conhecidos tenha sido o proposto por Roger et al. que introduz os termos “*non-credible response style*” (NCRS) como um “estilo de resposta pouco credível”, “*style of abnormal or distorted response*” (SADR) como um “estilo de resposta distorcida ou anormal”, além da real simulação, que implica na comprovação de um ganho ou benefício extra obtido pela simulação, de acordo com o ICD-10 [6,13].

É necessário estratégias de rastreio multidisciplinar para detecção de doentes com estilos de respostas pouco credíveis ou respostas anormais ou não credíveis.

Um dos melhores trabalhos sobre a simulação, especificamente da lombalgia, foi o trabalho apresentado por Hernadez Conesa, que identificou marcadores clínicos como inconsistências, incongruências, discrepâncias e contradições, durante a abordagem clínica e pericial [6].

Algumas observações podem nos alertar para este tipo de situação:

##### 1. Inconsistências e suas “*Yellow and Red Flags*”:

São os fatores biopsíquicos-sociais associados as lesões e a interação do doente com o seu meio. Pode-se resumir da seguinte forma:

###### Relacionamento no Emprego:

- Doentes que começam um novo trabalho antes do acidente.
- Sintomas que pioram quando retornam ao trabalho e que não se repetem quando estão em casa.
- Perda de motivação no emprego.
- Excesso de faltas e licenças em razão de pequenos acidentes ou queixas.
- Intransigência com a entidade patronal.

###### Reclamações:

- Insatisfação com a entidade patronal;
- Companhia de Seguros;
- Médicos e terapeutas.

###### Econômicos:

- Quando os benefícios a ganhar são maiores que 50% do salário base.

###### Contexto social:

- Múltiplos acidentes de trabalho com IPPs (Incapacidade Parcial Permanente) anteriores.
- Sinistrose / Indeniosofilia.

###### Aspectos Diagnósticos:

- Doente indaga sobre os testes e exames mais recentes quando todos já realizados são normais.

###### Aspectos Terapêuticos:

- Doente nunca tolera os tratamentos, piorando sempre e agravando as queixas álgicas. Solicita o preenchimento de formulários para benefícios como deficiente físico, mostrando ser um profundo conhecedor da legislação em vigor.
- História familiar e os acompanhantes do doente.
- Acompanhantes agressivos, que questionam sistematicamente o tratamento e as condutas tomadas.
- Mais queixosos que o próprio doente, que não toleram o “estar com o doente”, referindo que este necessita sempre de alguém para o ajudar.

##### 2. Incongruências:

- Tendência para o exagero.
- Sintomas muito passageiros, que nunca são presenciados ou observados durante a consulta.
- Sintomas subjetivos (cansaço na segunda feira, ao fim do dia, dor de cabeça quando sobrecarregado de trabalho).
- Posições de defesa, queixando-se antes mesmo do exame.

### 3. Discrepâncias:

- Respostas contraditórias, por exemplo quando da pesquisa sensitiva ao encostar algo quente, o doente refere como frio e vice verso.
- Resposta aos movimentos contra a resistência. Doentes que referem perda de força, mas realizam diferentes resistências durante a repetição da manobra.

### 4. Contradições

- O doente acaba por se contradizer em diversas consultas, quando confrontado com os exames complementares e pareceres de outras especialidades normais.

#### 4.1. Os sinais de Waddell

Nas simulações de lombalgia ou mesmo em distúrbios psiquiátricos, os sinais de Waddell e suas variações podem auxiliar na identificação de afecções reais, daquelas que podem ter ganhos secundários [14]. A entrevista deve ser dirigida e cuidadosa. Deve-se perguntar, por exemplo - “o que você sente?” e não “isso dói?”, suggestionando uma resposta. Quando três ou mais testes são positivos, é provável que a causa não seja orgânica, e pode-se estar diante de respostas pouco credíveis, não credíveis, ou mesmo de simulação:

**1º. Teste:** Sinal de dor superficial: palpação superficial da pele (pinçamento da pele com os dedos), do occipital ao cóccix e na linha axilar média, bilateralmente, quando induz dor sem correspondência anatômica, ou seja, dor profunda difusa, que ultrapassa os limites anatômicos músculo-esqueléticos, o sinal é positivo, ou seja, não deve decorrer de lesões anatômicas. O teste pode ser falso positivo nos casos de fibromialgia, radiculopatias ou irritação nervosa dos ramos posteriores das raízes lombares.

**2º. Teste:** Carga axial: em doentes com quadro de simulação ou problemas psicossociais graves, exercendo leve pressão na cabeça do doente, este refere cervicalgia e durante pressão sobre os ombros doente refere lombalgia.

**3º. Teste:** Rotação simulada: mantendo as mãos dos doentes ao longo da pelve, o examinador realiza a rotação passiva do tronco, ombros e pelve, concomitantemente (no mesmo plano), se houver queixa de dor lombar, o teste é positivo. Exceção quando há radiculopatias e mialgias.

**4º. Teste:** Sinal de HOOVER ou de oposição do calcanhar: Com o doente em decúbito dorsal, o médico coloca a sua mão por baixo do calcanhar do lado sadio e pede ao doente que tente levantar o membro inferior parético. No caso de uma parêisia verdadeira o esforço de elevação do membro afetado deve originar uma nítida

pressão para baixo do calcanhar do lado sadio. No doente simulador o médico poderá constatar uma variedade curiosa de expressões faciais e gemidos, que pretendem denunciar um imenso esforço, mas não mais do que isso.

**5º. Teste:** Fraqueza regional: com o doente em decúbito dorsal, com os membros inferiores estendidos e os tornozelos seguros pelas mãos do examinador, solicita-se que pressione um dos membros contra a mesa de exame, manobra esta que deve induzir elevação do outro membro. Quando o doente simula o exame, não colabora ou o examinador não sente que o doente esteja pressionando o membro para baixo (mas sustenta a perna elevada).

**6º. Teste:** Hiperatividade - teste de sensibilidade regional visa a observar se as alterações de sensibilidade superficial seguem padrão dermatomérico ou hemissensitivo. É um teste muito sensível, mas passível de erros. Proporciona informações adicionais sobre o comportamento dos doentes.

Os sinais de Waddell embora sejam universalmente difundidos, são muito falíveis e pouco credíveis, pelo que embora devam ser pesquisados, a sua interpretação merece muita parcimônia e cuidado [6].

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico da simulação não é fácil e nem sempre é possível. Todo o cuidado deve ser tomado para evitar falsas conclusões. O perito deve ter atenção aqueles doentes “rotulados” como simuladores, lembrando os efeitos deletérios e depreciativos que este termo possui. Mesmo um simulador, pode também apresentar lesões reais, que acabam não sendo valorizadas e valoradas por se julgar tudo como uma simulação só. Em alguns casos a própria simulação é por si só uma manifestação psiquiátrica legítima.

Mesmo o perito mais experiente pode não detectar um grande simulador. Razão pela qual o exame pericial não deve se cingir a um único momento, o que nem sempre é possível. A experiência pericial é fundamental, mas sobretudo, a prática médica, o conhecimento da semiologia e do exame físico, negligenciado tantas vezes em detrimento da excessiva busca pelos exames complementares, que sem dúvida, também são importantíssimos para o diagnóstico e a documentação médico legal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] P.A. Grimal. Mitologia Grega. Tradução de Victor Jabouille, Lisboa: Publicações Europa-América. 1975.
- [2] J. Santos. Simulação e dissimulação em clínica forense. in: D.N. Vieira. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil. Biblioteca Seguros. 2008.

- [3] H. Gomes. Medicina Legal. Ed. Freitas Bastos. 16th. Rio de Janeiro. 1974.
- [4] A. Almeida Júnior. Lições de Medicina Legal. 22th. Ed.Nacional. 1998.
- [5] G. Calabuig. Medicina Legal y Toxicologia. 6th. Ed. Masson. Barcelona. 2005.
- [6] J. Aso Escario. Simulación en patología espinal. Reumatol Clin.2014.
- [7] DSM-IV-T.R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, SA.
- [8] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision.
- [9] H.C. Hércules. Medicina Legal. Texto e Atlas. 2th. Ed. Atheneu, Rio de Janeiro. 2014.
- [10] G.V. França. Medicina Legal. 9th.. Ed. Guanabara Koogan, 2011.
- [11] A. Peixoto. Psico-patologia forense. Livraria Francisco Alves. Rio de Janeiro. 1916.
- [12] C. Durão, R. Pinto, D. Nuno. O papel do ortopedista nos acidentes de trabalho. *Rev. Port. Ortop. Traum.* **20(3)**, 295-302, 2012.
- [13] R. Rogers, R.M. Bagby, S.E. Dickens. SIRS: structured interview of reported symptoms. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.; 1992.
- [14] T.Y. Lin, M.J. Teixeira, M.A. Romano, J.M.D.A. Greve, H.S. Kaziya. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev. Med.* **80(1)**, 443-73, 2001.